

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 55

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
MALFORMATIONS GÉNITALES
CHEZ LA FEMME

Utérus didelphes
ou pseudo-didelphes pathologiques
en dehors de l'hématométrie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fischel JOUSSIM

Ancien Externe de l'Hôpital général de Dijon

Ancien Interne de l'Hôpital de la Principauté de Monaco

né à DÉRAJNIA (Russie), le 22 Février 1892



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES MALFORMATIONS GÉNITALES
CHEZ LA FEMME

*Utérus didelphes ou pseudo-didelphes pathologiques
en dehors de l'hématométrie*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 55

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
MALFORMATIONS GÉNITALES
CHEZ LA FEMME

Utérus didelphes
ou pseudo-didelphes pathologiques
en dehors de l'hématométrie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fischel JOUSSIM

Ancien Externe de l'Hôpital général de Dijon

Ancien Interne de l'Hôpital de la Principauté de Monaco

né à DÉRAJNIA (Russie), le 22 Février 1892



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAMZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POLLOSSON (M.).
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	VILLARD.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FAYRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, président; COTTE, assesseur;
BONNET et A. CHALIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD
Professeur de Médecine opératoire
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, c'est pour nous un agréable devoir de remercier tous les maîtres dévoués qui nous ont prodigué leur enseignement avec un intérêt bienveillant.

Nous adressons cet hommage de gratitude à nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Dijon qui ont guidé nos premiers pas dans nos études.

Nous vénérons la mémoire du Docteur Deroye, ancien directeur de l'Ecole de Médecine de Dijon et celle du Docteur Parizot, Professeur de clinique chirurgicale, qui ont toujours été pour nous des maîtres dévoués.

Nous adressons l'hommage de notre reconnaissance à Monsieur le Docteur Boussole, Directeur de l'Ecole de Médecine. A MM. les Professeurs Petitjean, Ganet, Leclerc, Baron, Dubard, Zipfel, Jean Deroye.

Nous nous souvenons que le Docteur Lucien était pour nous non seulement un maître mais aussi un ami et confident.

Nous tenons à remercier tout particulièrement le Docteur Guérin de l'enseignement et des conseils qu'il nous a prodigués dans l'art de la Médecine et aussi de l'intérêt avec lequel il nous a suivis après notre départ de l'Ecole de Dijon.

Nous adressons notre profonde reconnaissance à tous les Maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Lyon qui nous ont permis en nous accueillant dans leur service de perfectionner notre éducation professionnelle.

Nous prions M. le Professeur Villard, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, d'agréer nos sincères remerciements et notre respectueuse reconnaissance.

..Que M. le Professeur Patel, qui nous a fourni l'observation qui nous a inspiré l'idée de ce travail, veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre sincère reconnaissance.

Nous adressons nos remerciements à Monsieur Vachez, interne des Hôpitaux de Lyon pour tous les conseils et la bienveillance avec laquelle il nous a aidé dans la rédaction de ce travail.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES MALFORMATIONS GÉNITALES
CHEZ LA FEMME

*Utérus didelphes ou pseudo-didelphes pathologiques
en dehors de l'hématométrie*

INTRODUCTION

Les études sur les malformations des organes génitaux de la femme sont déjà nombreuses.

Nous nous sommes efforcés de rechercher surtout les cas d'utérus didelphe ou pseudo didelphe pathologique ou simplement douloureux auxquels se rattachent l'observation qu'a bien voulu nous communiquer M. le Docteur Paté.

Dans un premier chapitre, nous rappellerons rapidement l'histoire de l'étude générale des vices de conformation de l'utérus et du vagin.

Dans un deuxième chapitre nous exposerons le développement des organes génitaux chez la femme qui explique ces vices de conformation ainsi que leurs classifications.

Dans un dernier chapitre, nous relaterons les observations que nous avons pu recueillir et nous tâcherons d'en tirer les conclusions générales et thérapeutiques utiles.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'étude des malformations des organes génitaux de la femme est déjà bien ancienne.

Le premier cas relaté semble remonter à Julius Obsequens qui dans son livre intitulé *De Prodigis* cite le cas, à Rome, d'une femme possédant une double vulve.

Puis c'est en 1565 qu'à Lyon, Jean Bauhin observe chez une jeune fille la matrice divisée en 2 parties. Son frère, trente ans plus tard, relate le cas d'une femme dont l'utérus est séparé en deux par une cloison.

Riolau, dans son *Anthropologie* (1625) signale un cas d'utérus dédelphe.

Bartholin en 1651 raconte qu'une femme présentait deux vagins, qui s'ouvraient en dehors par deux orifices de dimension différente et qui venait d'accoucher par l'orifice le plus large.

Depuis cette époque jusqu'en 1830, de nombreux cas de malformation des organes génitaux de la femme furent rapportés, Vassal (1669), Dionis (1693, Saviard (*Nouv. recueil d'Obs.* 1702), Littré (*Men. de l'Académie royale des Sciences* 1705), Dance (*Arch. de Méd.* 1829) et d'autres encore rapportent des faits analogues.

Sautli a décrit en 1828 dans le répertoire d'Anatomie et de Physiologie les cinq cas d'utérus double conservés au Musée de Strasbourg. Mais aucun auteur n'essaya de fournir une explication embryonnaire à ces diverses anomalies.

Il faut arriver à Jean Müller, à Rokitansky, Cruveilhier, Foerste et Küssmaul pour trouver des auteurs qui essayent d'expliquer et de classer les malformations des organes génitaux chez la femme.

Lefort, dans sa thèse d'agrégation en 1863 sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin, fournit une longue étude sur tous les cas d'utérus doubles.

Schroeder en 1881 dans son traité classique de gynécologie propose la classification suivante :

1° L'absence complète et le développement rudimentaire de l'utérus ;

2° L'utérus unicorne avec ou sans corne latérale rudimentaire ;

3° L'utérus double et ses diverses variétés ;

4° L'utérus fœtal et infantile.

En 1885, Secheyron publie à ce sujet son mémoire sur les brides visicorectales qui doivent être connues des chirurgiens qui auront à les rencontrer au cours de leurs interventions.

En 1899, une classification des anomalies de l'appareil génital de la femme d'après les diverses étapes de développement est proposée par Winckel.

La thèse de Gross (Nancy), en 1900, apporte une étude sur l'Hématométrie et l'Hématocolpos dans les cas de duplicité du canal génital.

Ombredanne et Martin, en 1903, dans la Revue de gynécologie (p. 959), sous le titre de « Utérus doubles » apportent une classification des vices de conformation de l'utérus et du vagin qui prend pour fondement l'indépendance des corps utérins.

En 1903 paraissent encore le mémoire d'Halbau : Traitement des gynatrésies (*Qectschaft für Geb. u. Gyn.*) d'Hofmeier qui traite des malformations acquises.

Quence et Lesourd dans la Revue de Chirurgie de 1906 traitent « Des Opérations conservatrices dans le traitement des utérus dédelphe à corps indépendants.

En 1907 paraît la thèse lyonnaise de M, Blanchard intitulé : Etude sur les utérus didelphes à corps indépendants sans hématométrie. »

Gronowski en 1908 (*Inaug. Dess. Munich.*), cite près de 60 observations où une intervention abdominale pour utérus doubles a été tentée qu'il s'agisse d'utérus hématométriques ou d'utérus grandes.

En 1910, Piquand, dans la *Revue de gynécologie*, a fait paraître un article sur l'Anatomie et le développement des utérus doubles.

Enfin en 1911, c'est la thèse de Guillaud de Lyon à laquelle nous nous sommes permis de faire de larges emprunts bibliographiques et qui est intitulée : Du traitement des malformations utérines jusiciables de la laparotomie.

Pour terminer cet exposé historique, nous signalerons les 3 pièces anatomiques que possède la Faculté de Médecine de Lyon au nombre de ses collections : L'une d'elles est relative à une matrice bicornue dont la corne gauche s'ouvre dans un vagin complet, et la droite dans un cul de sac ; elle a été préparée par Monsieur Gilbert d'Hercourt.

La seconde représentant un utérus double, est due à M. Horand qui en a donné la description dans la Gazette Médicale de Lyon du 1^{er} décembre 1863.

La troisième sans nom d'auteur représente la partie antérieure d'un vagin cloisonné longitudinalement.

CHAPITRE II

Développement des Organes génitaux de la Femme.

Toutes les malformations des organes génitaux de la femme sont expliquées par l'étude de leur développement embryogénique.

Ce ne sont en effet que des *formes embryonnaires* qui ont persisté. L'anatomie comparée nous apprend d'ailleurs que chacune d'elles est la production d'un type qui est constant dans la série des mammifères. C'est ainsi que nous rencontrons un double vagin et un utérus également double chez les marsupiaux et les monotrèmes ; un seul vagin et un utérus double chez le lapin, le lièvre, l'écureuil ; un seul vagin et un utérus légèrement bicorné chez les ruminants ; un seul vagin et un utérus profondément bicorné chez le cobaye, le rat...

Il importe donc dans l'étude des vices de conformation de l'utérus et du vagin de bien connaître les stades de développement de ces organes.

La classification de Wunckel établit sept étapes dans le développement des canaux de Müller. A chacune de ces étapes correspond évidemment une varié-

té d'arrêt du développement qui consiste dans la persistance de l'état du stade précédent.

Ces différentes étapes sont les suivantes :

1^{re} étape : Sur le bord externe du corps de Wolff apparaît un cordon plein dont l'extrémité supérieure seule est creuse (c'est le pavillon de la future trompe).

2^e étape : Les canaux de Müller se creusent peu à peu et arrivent à se juxtaposer en un point voisin de celui où se fera plus tard la limite entre le vagin et l'utérus pour constituer le cordon génital.

3^e et 4^e étapes : Au fur et à mesure que l'accolement des canaux de Müller se poursuit en haut jusqu'au point d'intersection du ligament de Hunter (futur ligament rond), la cloison intermédiaire (septum) disparaît.

5^e étape : L'utérus achève son développement et de plan de vient convexe en dehors.

A la fin de la grossesse, l'utérus présente la forme fœtale.

6^e étape : Transformation de l'utérus fœtal en utérus infantile.

7^e étape : L'utérus infantile devient l'utérus virginal.

A la première étape, c'est-à-dire au premier mois de la vie embryonnaire, peuvent correspondre les malformations suivantes :

a) Absence complète du vagin, de l'utérus et des trompes, due à l'absence des deux canaux de Müller.

b) Utérus *unicorné*, dû à l'absence complète d'un des canaux de Müller, alors que l'autre effectue son développement complet.

A la deuxième étape (deuxième mois de la vie intra-utérine) se rattache une série de malformations :

a) *Utérus rudimentaires.*

Ce sont les utérus où il y a, en général, une fusion très incomplète des canaux de Müller. L'utérus peut être plein, sans aucune cavité, variété rare.

Le cas classique de Küssmaul se rattache à cette catégorie : c'est la canalisation incomplète des canaux de Müller, d'où ébauches de cavité dans les cornes utérines.

b) Les utérus unicornes, avec corne rudimentaire de Schröder, encore appelés bicornes avec corne rudimentaire, la corne atrésiée pouvant rester pleine ou être creusée d'une cavité virtuelle (*Thèse* de Blanchard, Obs. XLVII).

À la troisième étape (du troisième au sixième mois de la grossesse) correspondent la plus grande part des malformations utérines *dues à la persistance d'un double canal génital*. Pour Winckel, ces malformations donneraient 36 combinaisons différentes.

Telle est, brièvement résumée, la classification donnée par Winckel. Ombredanne en a proposé une autre, qu'il base sur l'indépendance des corps utérins, disant avec juste raison que, au cours d'une laparotomie, c'est l'indépendance ou la fusion des corps utérins qui crée des indications chirurgicales plus importantes que les modifications du col dans le trai-

tement opératoire des malformations des organes génitaux. Les types proposés par Ombredanne sont les suivants :

Premier type : Corps indépendants, cols indépendants ; ce sont les utérus *didelphes* de Lefort. Les utérus sont complètement séparés sur toute la longueur, ainsi que les cols, les museaux de tanche étant indépendants, et le vagin cloisonné sur toute sa hauteur. C'est une variété rare (cas d'Ollivier).

Deuxième type : Corps indépendants, cols accolés ; c'est l'*utérus bicorne*, *bicervical*, dit encore *utérus pseudo-didelphe*.

Troisième type : Corps indépendants, cols fusionnés ; c'est l'*utérus bicorne unicervical*.

C'est dans ce groupe que l'on rencontre fréquemment la bride vésico-rectale, sorte de cloison étendue du rectum à la vessie et séparant les deux corps utérins.

Quatrième type : Corps accolés, cols accolés ; c'est l'*utérus biloculaire* de Lefort.

Dans ce cas, l'aspect extérieur de l'organe est à peu près normal, l'anomalie n'apparaît qu'à la coupe : les deux cavités ne sont séparées que par un mince septum. Cette variété d'utérus ainsi cloisonné se prête mal aux interventions conservatrices, car il est impossible d'enlever une moitié utérine.

Cinquième type : Corps accolés, cols fusionnés. L'aspect extérieur de l'utérus est encore normal dans

ce cas, qui ne diffère du précédent que par le fait que le septum ne s'étend pas à la cavité cervicale : c'est l'oculus biloculaire corporéal.

Sixième type : Corps fusionnés, cols accolés.

Deux cols accolés donnent accès à une cavité utérine unique : c'est l'utérus biloculaire cervical.

A ces différents types de malformation des organes génitaux, il faut ajouter encore l'*imperforation du col utérin*. En effet, après la fusion des canaux de Müller, aboutissant à la formation d'une seule cavité utérine, un arrêt de développement peut se produire, c'est l'imperforation du col utérin pouvant siéger à l'orifice interne ou à l'orifice externe, qui est le résultat ou bien d'un défaut de résorption des cellules épithéliales qui remplissent, à un moment donné, la lumière cervicale, ou bien d'une oblitération cicatricielle consécutive à une inflammation du col pendant la période fœtale, d'après Nagel.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Utérus didelphes pathologiques.

Comme nous l'avions dit au début de notre travail, l'observation qui nous a été fournie par M. le Docteur Patel se rapporte à un utérus didelphe constaté au cours d'une intervention faite, non pas contre la malformation elle-même, mais contre une complication pathologique. Avant de citer cette observation, nous rappellerons celles que nous avons pu trouver dans la littérature médicale.

OBSERVATION I

Observation XLIX de la thèse de GUILLOUD
(Professeur A. POLOSSON)

Vagin et utérus doubles. — Annexite unilatérale gauche (pyosalpinx.) due probablement à une infection ascendante par le vagin correspondant. — Ablation de l'annexe malade ; conservation des deux utérus.

M. L., entrée pour se faire opérer d'une fistule périnéale donnant du pus d'une façon constante; elle a déjà eu deux interventions sans résultats.

Au cours d'une troisième intervention (Violet), on s'aperçoit que la fistule se prolonge très profondément dans le ventre, à 12 cms de profondeur et doit correspondre à une masse latéro-utérine gauche perçue par le toucher et le palper combinés.

A l'examen : On constate un double vagin avec cloison médiane venant jusqu'à la valve ; il existe une sécrétion mucopurulente à gauche et rien à droite.

Par le palper combiné, on fait le diagnostic d'utérus didelphe, avec masse annexielle du volume d'une orange. Il s'agit vraisemblablement d'annexite unilatérale par infection ascendante par le vagin gauche (le côté droit restant indemne).

Intervention le 2 janvier 1907.

Laparotomie : On constate que l'utérus droit est normal, avec un tout petit myome et que ses annexes sont saines. La bride vésicorectale est très développée, avec un méso très épais, séparant les deux utérus dont elle masque le gauche. Le repli s'insère sur le bord libre du rectum, au niveau du promontoire, il fait suite aux franges épiploïques et vient s'accoler au globe vésical. On fait l'ablation du pyosalpinx gauche et de l'ovaire. Ce pyosalpinx avait dû s'ouvrir dans le ligament large et amener tardivement une fistulisation périméale.

OBSERVATION II

Observation L de la thèse de GUILLOUD
(TIXIER)

*Utérus didelphe. — Annexites bilatérales gonococciques. —
Castration totale. — Guérison.*

Mme Marguerite R..., âgée de vingt-trois ans, entre à la Charité en août 1910 ; elle se plaint de souffrir dans le bas-ventre.

Ces accidents douloureux sont mis sur le compte d'annexites bilatérales gonococciques ; elle a présenté des signes indiscutables d'une blennorrhagie récente.

A l'examen, le toucher et le palper combinés permettent de sentir que les lésions sont bilatérales, mais on ne peut faire un examen très approfondi à cause des souffrances de la malade.

L'état social de la malade et son désir d'être rapidement soulagée pour pouvoir reprendre son travail écartent l'idée d'un traitement médical et on décide une intervention radicale.

Laparatomie. — Anesthésie à l'éther.

Il existe deux utérus, l'un droit, l'autre gauche, aboutissant à deux culs-de-sac vaginaux, séparés par une cloison sagittale assez épaisse ; entre les deux utérus existe un ligament large aminci. L'opération consista en une castration totale, qui fut très difficile.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

OBSERVATION III

Observation LIII de la thèse de GUILLOUD
(VAUTRIN)

Utérus double, enlevé par hystérectomie abdominale.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Médecine un utérus double, que j'ai été amené à enlever par l'hystérectomie abdominale chez une femme de 45 ans, religieuse, qui souffrait depuis plusieurs années, et qui ne pouvait plus se livrer à aucun travail. Cet utérus était rétroversé et maintenu dans cette déviation par des adhérences pelviennes. Au toucher, on sentait le cul-de-sac de Douglas rempli par une masse qui semblait contenir le col et que l'on pouvait prendre pour l'utérus. C'était en effet l'utérus droit rétroversé. A gauche, on percevait une autre masse plus considérable, douloureuse, qu'on pouvait rattacher à une salpingo-ovarite. En réalité, c'était l'utérus gauche hypertrophié et rétroversé.

Après laparotomie, je trouvai les annexes saines et l'utérus divisé en deux parties, prolabé dans le Douglas et maintenu par des adhérences fermes et résistantes, surtout autour de la partie gauche.

Je fis l'hystérectomie abdominale totale. La guérison fut très simple.

Vous pouvez vous rendre compte que les deux utérus sont juxtaposés et que leurs cavités sont bien conformées. L'utérus gauche est plus volumineux. Il contient, sur les parois de sa cavité, et tout en haut, un petit polype pédiculé et un autre plus volumineux, sessilé. Ces polypes ne sont autre chose que des folliculites hypertrophiques, indiquant une altération adénomateuse, ainsi que le microscope l'a démontré.

Les trompes sont normales, une pour chaque utérus. Les ovaires sont normaux également. La cavité de l'utérus droit aboutit dans le canal cervical de l'utérus gauche à 4 mm. environ de l'orifice vaginal, avec col bien conformé, ce qui ne permettait pas le diagnostic préalable.

Cette observation montre la difficulté du diagnostic dans certains cas d'utérus double et la confusion possible avec les annexites, lorsqu'une rétroversion existe sur un organe dédoublé.

OBSERVATION IV

(OMBREDANNE et MARTIN, *Revue de Gynécologie*, 1903)

T..., 19 ans, entre à Saint-Louis le 26 octobre. Régliée à 15 ans, régulièrement, mais avec douleurs. A 17 ans, elle présente les signes d'une infection générale aigue : douleurs à la miction, sensibilité et ballonnement du ventre, douleurs violentes à gauche, irradiant vers les cuisses.

A 18 ans, cela ne s'améliore pas ; et elle vient à Saint-Louis, où M. Nélation constate la duplicité du vagin et de la cavité utérine, avec annexite double. Amélioration par le repos.

Elle rentre le 20 avril, à cause de ses douleurs. Au palper bimanuel, on sent deux masses annexielles très douloureuses,

Intervention. — Le 25 avril, laparotomie paramédiane, les anses intestinales adhèrent aux organes génitaux ; on coupe les adhérences ; une poche dépendant des annexes droites et contenant du liquide séreux se rompt et est épongée.

On constate la présence de deux corps utérins absolument indépendants ; l'utérus gauche est plus volumineux que le droit ; ils s'écartent l'un de l'autre, formant un angle de 130°. L'utérus gauche porte à son extrémité une trompe dilatée flexueuse, du volume de l'index, soudée à la poche rompue tout à l'heure. A droite, la trompe est congestionnée, moniliforme, coudée par des adhérences ; l'ovaire est volumineux, bourré de kystes, dont l'un, plus volumineux, est rompu pendant la libération des adhérences.

A cause de la divergence des utérus, on craint des rapports anormaux des uretères avec eux. Aussi nous lions d'abord le pédicule utéro-ovarien gauche ; puis sur l'utérus gauche, nous disséquons le péritoine et énucléons cet utérus de l'excavation pelvienne. Un aide introduit un clamp dans le vagin gauche et sur son extrémité, nous en ouvrons le cul-de-sac postérieur. Nous sectionnons alors de proche en proche l'utérus gauche, que nous trouvons du côté du col, avec son aspect ordinaire ; nous ouvrons alors le cul de sac vaginal antérieur et nous décollons la vessie de la face antérieure de l'utérus gauche ; décollement amorcé par en haut. On constate alors que l'utérus gauche tient à l'utérus droit par un pont de consistance charnue.

Nous attaquons alors l'utérus droit de la même manière en liant et sectionnant le pédicule utéro-ovarien correspondant ; puis nous faisons mettre le clamp dans le vagin droit. Par le vagin gauche, nous incisons sur lui la cloison de séparation des vagins qui est sectionnée ; saisissant alors le col de l'utérus droit, nous le libérons en désinsérant le vagin tout autour ; pour dégager le pont qui réunit les deux utérus, nous donnons un coup de ciseau à pic sur une lame triangulaire jaunâtre qui, descendant de la face postérieure de la vessie, vient s'engager par son sommet entre les deux utérus et se perd dans le Douglas ; sur sa section, on ne voit ni vaisseau, ni canal. Nous dégageons le col droit de bas en

haut, lions l'utérine droite et énucléons l'utérus droit de l'excavation.

Au fond du champ opératoire, les deux vagin sont béants, en canon de fusil ; leur tranche ne saigne pas, on met une mèche dans chacun d'eux, Péritonisation au catgut. Sutures. Guérison.

Examen de la plaie. — Il n'y a qu'une seule artère utérine et un seul pédicule utéro-ovarien pour chaque corps utérin.

Le tractus inter-utérin nous a paru avasculaire ; ce n'est pas une bride péritonéale accidentelle ; il semblait constitué par le péritoine descendant de la face postérieure de la vessie, passant entre les deux utérus, en recouvrant un peu de tissu graisseux et descendant ensuite dans le Douglas.

Sur une coupe, nous avons constaté l'indépendance complète des deux cavités utérines aboutissant aux deux museaux de tanche. Au point de vue pathologique, les deux cavités utérines présentent des lésions de métrite fongueuse et la muqueuse atteint couramment trois millimètres d'épaisseur. Il existe des lésions de salpingo-ovarite bilatérale, trace indiscutable chez une multipare, d'une double infection gonococcique ; les adhérences intestinales nombreuses et serrées témoignaient des poussées anciennes de pelvie-péritonite.

OBSERVATION VI

Observation I de la thèse de BLANCHARD
(Service de M. le Professeur BÉRARD)

Augustine C..., 21 ans, habitant le département de l'Ain, vient à l'hôpital de la Croix-Rousse, pour des douleurs intolérables qu'elle ressent dans le bas-ventre, au moment des règles. Pas d'antécédents pathologiques. Vigoureuse, elle a été réglée à 15 ans, pour la première fois, sans douleurs. Puis, après un arrêt des époques, pendant trois mois, elle éprouva à chaque époque menstruelle des coliques de plus en plus vives, débutant avant l'écoulement sanguin et atteignant le maximum au bout de 4 à 5 jours, alors parfois que le flux menstruel avait cessé.

Localisées dans le petit bassin du côté gauche, ces douleurs s'irradiaient dans le membre inférieur correspondant et tout l'abdomen. Depuis deux ans, elles s'étaient accrues et s'accompagnaient de météorisme et parfois de vomissements.

Examen externe. — Aucune lésion organique, mais l'état des deux mains appelait l'attention. A droite et à gauche, on notait une atrophie considérable des éminences thénar et hypothénar ; l'opposition du pouce était rudimentaire et ce doigt, ainsi que l'annulaire, était en subluxation dorsale. L'extension complète des phalanges et des phalangettes des deux auriculaires était impossible. Pas de rétraction vraie des aponévroses palmaires ; pas de lésions des muscles de l'avant-bras, pas de causes appréciables à laquelle rattacher ces déformations. Il s'agissait de malformations congénitales.

Le palper de la fosse iliaque gauche décelait à la pression appuyée, une zone douloureuse profonde correspondant à une masse plaquée contre le détroit supérieur. Cette masse encore mieux délimitée par le toucher vaginal, combiné au palper, avait le volume d'une noix, était absolument fixe ; le vagin étroit admettait difficilement deux doigts. Le col, petit et conique, était déplacé à droite, ainsi que le corps utérin peu développé ; col et corps semblaient tout à fait indépendants de la masse douloureuse du cul-de-sac gauche.

Bien qu'il n'y eût aucune infection génitale commune, la première hypothèse fut celle d'annexite gauche avec ovarite scléro-kystique. La malade fut donc par deux fois gardée au repos pendant 15 jours et 1 mois à l'hôpital. Même dans ces conditions, les douleurs se reproduisaient aussi intenses et aussi strictement limitées à la période menstruelle. C'est pourquoi, au troisième séjour, en décembre 1906, fut discutée l'hypothèse d'une malformation congénitale, rendue vraisemblable par cette évolution toute spéciale des symptômes et par la concomitance des malformations des mains.

Intervention.

Laparotomie le 11 décembre 1906. Il fallut d'abord dégager quelques adhérences filamenteuses anciennes, le cœcum et l'S iliaque qui adhéraient à droite à un ovaire dur rosé, ressemblant à un abricot coupé en deux, qui était solidement fixé

au pelvis. L'examen du petit bassin permet alors de reconnaître l'utérus déplacé vers la droite, avec les annexes de ce côté ; mais cet utérus était asymétrique, sans corne à gauche, sans trompe et sans ovaire visibles, avec un ligament large gauche, réduit à une mince lame souple qui se perdait sur la masse rosée accolée au pelvis. Cette masse fut prise d'abord pour l'ovaire gauche en migration complète, mais pour la réséquer, il fallut la sculpter dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et, chemin faisant, lier une artère d'assez gros calibre ; une fois excisée, on la reconnut facilement comme constituée par du tissu utérin. Il fut impossible de trouver un vestige net de la trompe et ovaire gauches, pas plus que d'un conduit reliant cet utérus gauche au vagin. La surface de section péritonéale, l'abdomen fut refermé à 3 plans, après qu'on eût fait quelques pointes de feu sur les kystes les plus visibles de l'ovaire droit.

Les suites opératoires furent parfaites ; la malade a eu ses règles depuis sa sortie de l'hôpital ; pour la première fois, elle n'a ressenti aucune douleur (ce résultat s'est maintenu depuis).

L'examen de la pièce enlevée expliqua l'origine et la nature des douleurs à chaque période menstruelle. Il s'agissait en effet d'un petit utérus réduit à son corps, avec une paroi musculaire épaisse d'un centimètre environ et avec une cavité centrale allongée de 3 centimètres de profondeur sur 2 millimètres de large, tapissée par une muqueuse facilement reconnaissable ; villeuse et teintée par places en brun rouge. Les douleurs étaient celles de la colique utérine. Il n'y avait pas, d'autre part, hématométrie, car la cavité était rudimentaire, de très faible capacité, avec une forte musculature. Le suintement hémorragique devait être minime pour chaque époque.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Docteur CHAPUT, à la Salpêtrière)

Mme E. M..., blanchisseuse, âgée de 29 ans, entre dans le service le 17 novembre 1893, se plaignant de douleurs très vives dans le ventre. Réglée vers 12 ans, et d'une façon très régulière, jusqu'à l'âge de 17 ans, où elle eut une première grossesse, qui se passa normalement, sans accidents d'aucune sorte.

Les règles revinrent deux mois après l'accouchement et se continuèrent comme auparavant, jusqu'au milieu de 1891. A cette époque, apparition, dans le ventre, et particulièrement dans la fosse iliaque gauche, de douleurs violentes s'irradiant dans les cuisses et région lombaire et s'exaspérant considérablement aux époques menstruelles. Depuis le début de ces douleurs, pertes blanches assez abondantes.

A l'inspection du ventre, rien à signaler ; la palpation est douloureuse, surtout dans la fosse iliaque gauche, jusqu'à la ligne médiane. Profondément, on sent dans cette région une tuméfaction qu'il est très difficile de délimiter, tant à cause de la douleur éveillée que de la contraction excessive de la paroi abdominale.

La vulve ne présente rien d'extraordinaire.

Au toucher, col gros, immobile avec granulations de métrite. Dans le cul-de-sac postérieur, masse dure arrondie et lisse, qui semble être le corps de l'utérus en rétroflexion.

A l'union du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac droit, l'index rencontre une bride fibreuse qu'il peut accrocher, de forme triangulaire et à sommet inférieur.

Dans le cul-de-sac droit, on sent un léger empâtement, mais il n'y a pas, à proprement parler, de tumeur.

Dans le cul-de-sac gauche, on trouve une tumeur douloureuse à la pression, irrégulière et qu'on peut délimiter par le toucher bimanuel ; elle paraît plus volumineuse qu'un œuf de pigeon et ne présente pas de fluctuation.

Par le toucher rectal, on constate, contre la paroi antérieure du rectum une masse arrondie et lisse, qui est le corps

de l'utérus en rétroflexion ; mais on ne sent pas les annexes. Au speculum, on voit une petite bride horizontale siégeant sur paroi vaginale postérieure.

Au point de vue général, la constitution de cette femme n'est pas très robuste.

La malade, mise au repos jusqu'au commencement de janvier, voit ses douleurs diminuer, mais non disparaître. L'intervention est alors décidée. M. Chaput ayant fait le diagnostic de salpingite, se propose d'enlever à la fois l'utérus et les annexes par la voie vagino-abdominale combinée.

A) Curettage utérin pour antiseptiser le champ opératoire, mais l'hystéromètre s'enfonce difficilement dans une cavité étroite. La cavité cervicale seule est curée. Incision circulaire de la muqueuse du col au ras de cet organe. Décollement de la muqueuse vaginale tout autour ; on place deux pinces de Segond sur la partie inférieure du ligament large et on sectionne la base de ces ligaments. A ce moment, il s'écoule quelques gouttes de pus.

B) Laparotomie médiane, incisions, décollement du péritoine en avant et en arrière de l'utérus. Les ligaments larges sont alors pincés par deux pinces à dents de crocodile de chaque côté. On sectionne facilement ces ligaments et l'utérus. On place une mèche de gaze iodoformée dans le vagin. La malade guérit sans incident.

L'examen des pièces montre un utérus bifide dont voici la description :

Volume : Celui d'un poing environ.

Forme : Deux utérus nettement séparés au-dessus du col.

Face antérieure : Le gros utérus, l'utérus droit est vertical, il a un volume à peu près normal, mais il est bosselé de fibromes. Le petit utérus, utérus gauche est plus petit et présente également quelques petits fibromes ; sa direction est horizontale ; il correspond par conséquent au cul-de-sac latéral gauche. Entre les deux, on sent facilement un sillon qui va presque jusqu'au col.

Face postérieure : Même disposition, mais au lieu d'un sillon, on trouve une légère saillie entre les deux.

Bord supérieur. — Il a la forme d'un V, ce bord délimite nettement les deux utérus.

Bords externes. — A gauche, la corne se termine par une trompe et un ovaire paraissant normaux, à droite, l'ovaire est volumineux et contient un kyste hématique de la grosseur d'une noix.

Col : Il est également double, mais un point est intéressant à noter, c'est qu'il faut examiner avec soin pour voir le col postérieur qui correspond à l'utérus gauche. Ce col est pour ainsi dire embryonnaire et son orifice externe est à peine visible. Ce qui explique comment, même au moment de l'opération, il est passé inaperçu, admet l'introduction d'une stylet jusqu'à une longueur de 5 cm. environ. Le col droit est normal, c'est le col d'une femme ayant eu des enfants. Il conduit directement dans l'utérus droit qui a 8 cm. de cavité.

OBSERVATION VII

(JACOBS. *Bulletin de la Société Belge d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1901)

Utérus didelphe. — Vagin double. — Un vagin borgne latéral. Pyocolpos. — Dilatation considérable du col. — Pyométrie.

Femme de 22 ans, réglée à 17 ans ; dès le début, douleurs violentes ; elle est opérée en 1898, par M. Lebègue ; ponction vaginale, suivie de drainage prolongé. Fistule vaginale, aucun soulagement.

La malade est vue par Jacobs en décembre 1900 ; sur la droite du vagin, bombant vers l'extérieur, jusqu'à la vulve, une masse fluctuante qui se perd dans le Douglas, sur une masse qu'on prend pour les annexes droites. Au fond du vagin, un col petit avec un corps utérin gros comme celui d'un enfant de 12 ans.

Diagnostic. — Annexite suppurée droite ancienne, fistule vaginale, atrophie générale.

Laparotomie : adhérences de l'intestin à la masse annexielle ; tout à fait à gauche, les annexes gauches normalement développées sont saines ; puis un corps utérin petit, allongé, se continuant vers la corne gauche avec la trompe, mais libre du côté droit. Là où eut dû se trouver la corne droite, rien. Le corps utérin se continue avec un col très allongé, dont la portion vaginale, très petite, est celle que nous percevons à l'examen vaginal. Le corps utérin et le col sont dirigés de dehors en dedans et de gauche à droite. Au niveau de la portion sus-vaginale du col, il devient difficile de saisir les limites de cet organe. Un deuxième utérus est en effet juxtaposé au premier. Libre dans sa portion corporelle, il semble que la portion sus-vaginale du col adhère à la partie semblable du col de l'autre utérus ; cette portion sus-vaginale est très volumineuse et est latérale au vagin.

Le second utérus est volumineux, à parois épaisses, libre dans l'abdomen et se continuant avec la corne externe, qui est normale, ainsi que l'ovaire. Il s'agissait donc de deux utérus juxtaposés : l'un atrophié, s'abouchant par un col très petit dans un vagin normalement développé ; l'autre, de volume plus considérable, abouché dans un vagin latéral borgne, dans lequel s'accumulait le sang des règles, dont le drainage inférieur amena la suppuration.

Jacobs fit l'extirpation totale de l'utérus gauche, puis, en arrivant au niveau de la portion sus-vaginale de l'utérus droit qu'il voulait inciser transversalement pour parfaire l'ablation totale de l'utérus en marchant de gauche à droite, il donna issue à du pus d'odeur infecte. L'énorme cavité formée par le vagin dilaté fermée, il put parfaire l'extirpation.

Les organes utérins et annexiels enlevés, il ferma le vagin. Guérison.

OBSERVATION VIII

(*Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, juillet 1922, par
M. MAUCLAIR, Chirurgien de la Pitié.)

*Utérus fibromateux pseudo-didelphe pris pour un fibrome
sous-péritonéal.*

Voici un utérus pseudo-didelphe, que j'ai enlevé chez une femme âgée de 40 ans. Ses règles avaient toujours été normales jusqu'il y a deux ans. Elle a eu une grossesse normale à l'âge de 19 ans. Depuis deux ans, ses règles sont très abondantes et fréquentes.

A l'examen clinique, on sentait une masse à gauche, dure, qui fut prise pour un fibrome sous-péritonéal pédiculé.

A l'opération j'ai trouvé un utérus pseudo-didelphe. Le corps utérin gauche était dur, fibromateux. Le corps utérin droit était de même volume et plus mou — je crois que c'est sous sa cavité que se développa la grossesse. Il n'y avait qu'un seul corps utérin, une membrane péritonéale partant du promontoire, allait à la vessie, séparant les deux corps utérin. Il y avait une artère utérine droite, longeant le bord de l'utérus droit, et une artère utérine gauche, longeant le bord de l'utérus gauche.

Au spéculum, on voit un seul orifice utérin ; la cavité cervicale devait se bifurquer vers les deux corps utérins. Il n'y a pas de malformations congénitales apparentes dans la famille.

Dans son travail sur les utérus didelphes (Piquand, *Revue de Gynéc. et Chirurgie abdom.*, 1910) signale la fréquence de cette membrane péritonéale allant du promontoire à la vessie et séparant les deux corps utérins. L'existence de cette membrane est peut-être la cause de la malformation, si elle se développe pendant la vie embryonnaire.

OBSERVATION IX

(*Société de Chirurgie de Lyon*, 23 mai 1912)

Utérus double unicervical douloureux. — Hystérectomie.

M. Leriche a opéré, dans le service de M. Poncet, une femme soignée pour des douleurs pelviennes depuis 6 mois. A l'examen, on trouvait un col normal, un utérus rétroversé et une masse un peu douloureuse à droite. La laparotomie conduisit à enlever un utérus bifide, non enflammé, deux trompes et un ovaire n'offrant rien de spécial.

OBSERVATION X

(*Journal de Chirurgie*, 1920, p. 183. — O.-C. MELSON (de Rochester))

Un cas d'utérus bifide avec cancer de la corne gauche (Medical Record, 1920).

L'intéressante observation de Melson a trait à une femme de 60 ans, qui fut opérée par W.-J. Mayo, pour une tumeur de la fosse iliaque gauche, occasionnant des troubles de compression, faisant corps avec l'utérus et qu'on avait diagnostiqué fibrome. Les hémorragies répétées, l'état général avaient fait craindre un début de dégénérescence néoplasique et Melson pratiqua une hystérectomie totale. On reconnut alors que le vagin et le col étaient doubles. La pièce paraissait être un fibrome multilobé banal. Or, à la section, on reconnut que la partie centrale n'était pas le corps utérin, mais un lobe fibromateux séparant l'un de l'autre deux petits utérus, nettement isolés dans toute leur étendue, jusqu'aux orifices vulvaires. Il s'agissait donc d'un utérus bifide complet. Au niveau de la corne gauche, dans la cavité utérine correspondante,

on trouve une petite masse végétante, développée aux dépens de la muqueuse et s'enfonçant assez profondément dans la masse musculieuse de la paroi. L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un carcinome.

Les faits analogues sont très rares. Melson n'a trouvé qu'une observation absolument superposable, c'est-à-dire avec bifidité complète du vagin, du col et du corps et néoplasme surajouté. Elle appartient à Czwerwenka.

OBSERVATION XI

Observation XLVIII de la thèse de GOUILLOUD
(M. MÉRIEL)

*Utérus didelphe à corps indépendants, sans hématométrie. —
Malformations vulvaires et vaginales.*

Marie C..., 22 ans, troubles dysmenorrhéïques sous la dépendance de malformations génitales poussées à un haut degré de complexité.

La malade est réglée depuis cinq ans seulement ; chaque période menstruelle, d'une durée de 5 à 6 jours, est précédée et suivie de coliques et de douleurs iliaques et lombaires très pénibles. La vulve est petite, infantile ; les grandes lèvres peu développées ; les petites lèvres flétries et allongées ; le clitoris est petit, le méat est en place normale. Il n'y pas ou presque pas d'hymen ; on n'en voit que des traces au-dessus du méat.

Le vagin se termine en cul-de-sac infundibuliforme, à 3 cm. de profondeur ; un stylet s'engage à gauche, dans le fond du vagin, s'enfonçant légèrement de gauche à droite en arrière, devant la paroi antérieure du rectum, jusqu'à ce qu'il soit arrêté par une bande transversale.

Au toucher rectal, on trouve, à la place que doit occuper l'utérus, une bande membraneuse transversale épaisse de

4 mm., contre laquelle venait buter le stylet intravaginal. Au palper abdominal, on peut percevoir assez bien de chaque côté les annexes.

Diagnostic. — Vagin en cul de sac, représenté dans ses trois quarts postérieurs par un conduit très étroit ; pas d'utérus, annexes normales.

L'opération révéla des malformations que nous ne pouvions apprécier par les seuls moyens cliniques.

Incision médiane sous-ombilicale de 6 cm.

L'excavation pulvienne est vide, c'est-à-dire il n'y a aucun organe entre la vessie et le rectum, si ce n'est une bande transversale très mince qu'on sentait par le toucher rectal. Il n'y a pas par suite de cul-de-sac de Douglas.

Suivant alors avec le doigt cette bande transversale et remontant vers la symphyse sacro-iliaque droite, nous trouvons un cordon mince, puis un autre plus gros, arrondi, ressemblant à un appendice vermiforme qui nous amène finalement contre l'aile du sacrum sur un petit corps ovoïde, puis sur un cordon épais, enfin sur une masse qui ressemble à un ovaire bien développé. Nous attirons le tout hors de la plaie et nous voyons un gros ovaire normal, une trompe normale (avec un petit kyste séreux) longue de 8 cm. puis, à l'angle interne de la trompe, un corps dur, rougeâtre, ovoïde, du volume d'une grosse olive, et qui se continue en bas et en dedans avec la bande transversale pelvienne par un cordon charnu rond, aplati, et est inséré avec la trompe et l'ovaire sur un vrai ligament large : c'est le corps utérin droit.

On ne trouve rien du côté de la symphyse sacro-iliaque, mais on voit une bande d'épiploon qui adhère au péritoine de la paroi, recouvrant la fosse iliaque gauche, et au point d'adhérences une grosse masse arrondie avec un cordon. Nous lions la bande épiploïque et, à travers l'incision abdominale agrandie, nous cherchons à attirer la masse. Celle-ci n'arrive qu'avec peine, elle adhère elle-même à la paroi avec le péritoine pariétal par de solides adhérences qu'il faut sculpter et alors apparaît un corps ovoïde, arrondi, charnu, dur, plein comme celui du côté droit, mais trois fois plus volumineux, c'est le corps utérin du côté gauche. Sur le bord

externe de ce corps utérin se voient une trompe à franges et pavillon et un ovaire normal volumineux.

Le corps utérin se continue, d'une part, avec la bande transversale et, d'autre part, avec la trompe et l'ovaire attachées sur un ligament large très court.

Entre les deux corps utérins, il y a une distance d'au moins 10 centimètres.

Il s'agissait donc d'un utérus didelphe sans hématométrie avec ovaires normaux.

Devant un tel degré de malformation interne, occasionnant d'atroces souffrances, à chaque période menstruelle, nous décidons de faire une castration abdominale totale.

OBSERVATION XII

(*Société de Chirurgie de Lyon*, 13 novembre 1923.)

*Utérus double avec posalpinx unilatéral, ouvert dans le . .
rectum. — Castration unilatérale.*

(M. PATEL)

Je vous présente une malade actuellement âgée de 36 ans, qui offre une malformation de l'appareil génital et qui a eu une complication assez rare ayant été l'objet d'un traitement

Au début de septembre 1914, j'étais appelé à opérer cette jeune femme de 29 ans, pour une suppuration pelvienne ouverte dans le rectum. L'état général était assez sérieux, avec une température élevée, et des phénomènes de septicémie intense. Je l'examinai très sommairement avant l'intervention (on était en septembre 1914) et sans me rendre compte d'une conformation particulière, qui était connue d'elle et qu'elle ne me révéla pas. Je constatai une tuméfaction volumineuse, située dans le bassin, ne permettant pas de reconnaître la position de l'utérus. La pression, exercée, à son niveau, faisait sortir du pus par le rectum.

Je fis chez elle une laparotomie transversale sus-pubienne et je reconnus aussitôt un gros pyosalpinx droit, rompu dans le pelvis, et très adhérent au rectum, dans sa partie supérieure. J'eus beaucoup de peine à dégager la poche et, afin de débayer le terrain, je commençai à libérer les annexes droites. J'arrivai sur l'artère utérine droite, qui fut liée et j'ouvris la cavité du vagin sur la partie latérale, décidé à faire une hystérectomie totale. Arrivé sur le côté gauche, je ne trouvai pas d'artère utérine, et j'arrivai sur une masse de consistance dure que je ne pus interpréter au premier abord. Je finis par me rendre compte qu'il y avait deux utérus, un peu plus petits que l'utérus normal. Le gauche était obliquement posé dans l'excavation pelvienne. Les annexes me parurent saines et je décidai de laisser tout cet appareil gauche en péritonisant avec l'S iliaque et en drainant par le vagin, du côté droit.

L'opération terminée, j'examinai le vagin et je pus voir qu'il était divisé par une cloison complète, placée dans le sens vaginal. Interrogée quelques jours après sur cette disposition, la malade déclara qu'elle la connaissait parfaitement, depuis une examen que lui avait pratiqué M. Albertin, quelques années auparavant, mais qu'elle ne s'en était jamais aperçu avant, quoiqu'étant mariée depuis plusieurs années. Elle observa, à la suite, que ses règles passaient des deux côtés.

Actuellement, cette malade, entièrement guérie, présente l'état suivant :

Au point de vue anatomique, elle a deux vagins également perméables, le vagin droit plus court conduit sur la cicatrice de l'hystérectomie faite de ce côté. Le vagin gauche, un peu plus long, mène sur un col utérin, petit, mais bien conformé. On perçoit toujours, par le toucher et le palper combinés, un utérus gauche légèrement oblique en haut et à gauche, mobile, non douloureux. Les annexes paraissent normales.

Au point de vue fonctionnel, la malade est entièrement guérie, ne souffre nullement ; elle est réglée très régulièrement, un peu moins abondamment qu'avant l'intervention ; elle n'a aucun des troubles qui suivent la castration totale,

En somme, je me suis trouvé en présence d'un utérus double, avec vagin double, réalisant ainsi la division totale de l'appareil génital. La malade a infecté seulement son utérus et ses annexes du côté droit, ce qui a permis une intervention conservatrice au plus haut chef et suivie d'un résultat à longue échéance des plus appréciables.

Cette observation présente un intérêt double lui aussi : la rareté relative de cette disposition anatomique. J'ai vu une seule fois, avec le professeur Polosson, un utérus bicorne, je n'ai jamais constaté, sur plus d'un millier d'hystérectomies, une conformation analogue.

2° La localisation unilatérale de l'infection qui a conduit à l'ablation du seul appareil génital droit.

En compulsant les observations de ce genre et surtout la thèse de Gouilloud (Lyon, 1911), je n'ai trouvé que quelques observations de ces lésions pathologiques, sur un utérus double, en dehors de l'hématométrie. Chez une malade, Polosson constata une seule salpingite droite, pour laquelle il enleva seulement les annexes de ce côté et obtint une guérison. Le professeur Tixier dut pratiquer une castration totale pour une annexite double avec utérus double.

J'insisterai en terminant sur la difficulté rencontrée au cours de l'intervention, non seulement en raison d'un pyosalpinx ouvert dans le rectum, mais surtout en raison de cette disposition qui modifie les rapports anatomiques et exposa particulièrement à la blessure des organes voisins.

OBSERVATION XIII

(Société Anatomique de Paris, 27 octobre 1923. — P. M.,
21 novembre 1923.)

Utérus didelphe avec annexite.

MM. Mornard et Pains présentent la pièce extirpée pour annexite double plus marquée à gauche. Elle montre cette particularité d'un accolement plus intime à la partie supérieure, utérine, qu'à la partie inférieure, vaginale, où existe un cloisonnement descendant jusqu'au plan de l'hymen.

Telles sont les différentes observations que nous avons pu recueillir concernant les utérus doubles pathologiques en dehors de l'hématométrie.

Parmi elles, nous en relevons 6 (obs. n^{os} I, II, IV, VII, XII, XIII, dans lesquelles la complication pathologique fut l'annexite uni ou bilatérale.

Une observation, la deuxième, rapporte le cas d'un cancer surajouté.

Quatre observations d'autre part sont remarquables par le fait que les utérus didelphes ou pseudo didelphes n'ont donné lieu qu'à des phénomènes douloureux, le plus souvent au moment de l'époque menstruelle (obs. V, VI, IX, XI).

Enfin les observations n^{os} III et VIII sont intéressantes par ce fait que la malformation utérine a donné lieu à des erreurs de diagnostic ; dans l'observation n^o III on avait pensé à une annexite, et dans l'observation n^o VIII à un fibrome ; dans les 2 cas c'était le fait de la présence d'un utérus double qui avait fait croire à la présence d'une masse fibromateuse ou annexielle.

Ce qu'il y a à retenir dans toutes ces observations, c'est que l'intervention chirurgicale n'a jamais été dirigée contre la malformation elle-même, mais contre la composition surajoutée (annexite, fibrome, cancer, douleurs à l'époque menstruelle). Et c'est le plus souvent à l'intervention que le diagnostic d'utérus double fut posé. Sauf dans certains cas comme celui de Monsieur Bérard signalé dans la thèse de Blanchard (obs. n^o IV) et celui de Mériel (obs. XI) où d'un côté des malformations

concomittantes siégeant au niveau des mains et d'un autre côté des malformations vulvaires et vaginales pouvaient faire songer à des vices de conformation de l'appareil génital, rien dans l'histoire clinique de la malade pas plus que dans l'examen physique n'indiquait que l'on pouvait se trouver en présence d'un utérus double. C'est donc à peu près toujours une surprise de l'intervention.

Pour les cas compliqués d'annexite, l'infection, qu'elle soit de nature gonococcienne ou qu'elle soit consécutive à une fausse couche, a frappé un seul côté ou les deux côtés à la fois. Cela est naturel, car les utérus, restant perméables, restent aussi sujets à l'infection. Et celle-ci frappe le côté où le germe a pénétré, l'autre pouvant rester absolument indemne. Le fait que relate Ombredanne dans la *Revue de Gynécologie* de 1903 (Les utérus doubles) est à ce propos, tout à fait caractéristique : « Une malade avait un vagin double, elle fut déflorée une première fois à 16 ans et eut par la suite une salpingite gauche. A 18 ans, elle fut déflorée une deuxième fois, et depuis lors les 2 vagins lui servaient indistinctement, mais en même temps les lésions annexielles devenaient bilatérales ». En somme, d'une manière générale, on peut dire que les annexites seront doubles si l'infection a atteint les deux corps utérins. C'est le cas de nos observations n^{os} II, IV, VII, XIII. Tandis que dans nos observations I et XII, les lésions annexielles étaient unilatérales, un seul conduit génital ayant été atteint par l'infection. La disposition du vagin ou du col pourra dans certains cas faciliter l'envahissement bilatéral ou au contraire la limiter à un seul côté.

Le traitement de ces utérus doubles compliqués d'annexite variera évidemment avec le degré des lésions. Si l'infection est limitée à un seul côté, on pourra se contenter soit de faire simplement l'ablation unilatérale de l'annexe malade (comme dans le cas de Monsieur Pollosson rapporté dans l'observation n° 1, soit de faire une castration unilatérale : c'est l'intervention que pratiqua Monsieur Patel (obs. n° XII), intervention qui fut suivie d'un résultat à longue échéance des plus appréciables. Il est intéressant à propos de ces deux cas d'insister sur le fait que l'opération conservatrice, puisqu'elle n'intéressa que le seul appareil génital malade, fut une opération excellente et que les malades s'en sont très bien trouvées. Si l'infection est bilatérale, il est évident que l'on est conduit par la même à la castration totale (Obs. VII et XII).

Au point de vue de l'intervention elle-même, il est à signaler qu'elle est rendue plus difficile que dans les cas normaux. Les rapports anatomiques sont en effet modifiés, et il faut redoubler de prudence, car on pourrait blesser les organes voisins.

Quant aux fibromes, nous n'avons pas pu trouver dans nos recherches de cas de fibromes volumineux développés sur des utérus doubles. Dans les observation n°s VI et VIII, les auteurs signalent la présence de petits noyaux fibromateux ou d'un utérus fibromateux dans son ensemble, mais jamais on ne trouve de grosse tumeur.

Sur nos treize observations, il n'y a qu'un seul cas de cancer. Sans vouloir établir de règle absolue, il ne semble pas que la présence d'un utérus double, autrement dit

d'une malformation congénitale soit un lieu d'appel pour le cancer.

Il est enfin à remarquer que dans deux observations (Obs. III et IX), où la malade fut opérée parce qu'elle souffrait, on avait posé le diagnostic d'annexite, étant donné que l'on sentait une masse surajoutée qui n'était autre que l'utérus supplémentaire. A l'intervention en effet on fut en présence d'un utérus double sans lésion annexielle. Dans un autre cas enfin (Obs. n° VIII), on avait pensé à un gros fibrome sous péritonéal qui ne fut pas trouvé à l'intervention, alors qu'on trouva un utérus double de consistance fibromateuse.

Enfin les observations III et IX nous montrent qu'un utérus double peut être douloureux surtout à l'époque menstruelle sans qu'il y ait hématométrie.

CONCLUSIONS

I. — Les utérus doubles sont dûs à la persistance de la duplicité du canal génital. Leur diagnostic, à moins de malformations congénitales concomittantes, n'est le plus souvent fait qu'à l'intervention.

II. — Cette intervention n'est pas dirigée contre la malformation utérine elle-même, mais contre la complication surajoutée qui a été diagnostiquée.

III. — Elle est rendue plus difficile que dans les cas normaux à cause de la modification des rapports anatomiques avec les organes voisins, modification qui découle de la malformation elle même.

IV. — Dans les utérus doubles compliqués d'annexite, l'intervention sera soit conservatrice, si la lésion est unilatérale, soit une castration totale si la lésion est bilatérale.

V. — Les utérus doubles peuvent être douloureux au moment de l'époque menstruelle sans qu'il y ait hématométrie.

VI. — L'utérus double peut donner lieu à des erreurs de diagnostic et faire croire à cause de sa duplicité à une masse fibromateuse ou annexielle surajoutée à un utérus normal.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

VILLARD

LE DOYEN,

Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 Décembre 1923

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- BLANCHARD. — Etude sur les utérus didelphes à corps indépendants sans hématométrie au point de vue chirurgical (*Thèse de Lyon*, 1907).
- GOUILLOUD. — Du traitement des malformations utérines justiciables de la laparotomie (*Thèse de Lyon*, 1911).
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie* (in Le Dentu et Pierre Delbet).
- OMBREDANNE et MARTIN. — Les utérus doubles (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903).
- MÉRIEL. — Utérus didelphe à corps indépendants sans hématométrie, malformations vulvaires et vaginales (*Annales de Gynécologie*, 1909).
- PIQUAND (G.). — Les utérus doubles. Anatomie et développement (*Revue de Gynécologie*, 1910).
- LERICHE. — Hysterectomie pour utérus double (*Société de Chirurgie de Lyon*, 23 mai 1912).
- O. C. MELSON DE ROCHESTER. — Utérus didelphe avec cancer de la corne gauche (*Journal de Chirurgie*, 1920, p. 183).
- PATEL. — Utérus double avec pyosalpinx du côté droit, Castration unilatérale (*Société de Chirurgie de Lyon*, 15 novembre 1923).
- MORNAUD et PANIS. — Utérus double avec annexite (*Société anatomique de Paris*, 27 oct. 1923).

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Introduction.....	11
Chapitre Premier. — Historique.....	13
Chapitre II. — Développement des organes géni- taux de la femme.	17
Chapitre III. — Observations : Utérus didelphes pathologiques	23
Conclusions.....	47
Bibliographie	49
